



**You have downloaded a document from  
RE-BUS  
repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Czy każdej stracie "potrzebna jest" żałoba i czy każdej żałobie "potrzebna jest" terapia?

**Author:** Renata Kleszcz-Szczyrba

**Citation style:** Kleszcz-Szczyrba Renata. (2016). Czy każdej stracie "potrzebna jest" żałoba i czy każdej żałobie "potrzebna jest" terapia?. W: R. Kleszcz-Szczyrba, A. Gałuszka (red.), "Utrata i żałoba : teoria i praktyka" (S. 111-121). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

Renata Kleszcz-Szczyrba

## Czy każdej stracie „potrzebna jest” żałoba i czy każdej żałobie „potrzebna jest” terapia?

**Abstract:** The article sought to answer the question of whether any loss requires experience of mourning and in which situations, a person who is in the process of mourning, requires professional help. On the one hand is discussed with the grieving process implemented in stages (linear progression vs oscillation) and key factors that trigger this process and affect its course. On the other hand, shows the contemporary threats to the natural experiencing grief, mainly related to the process of medicalization and the taboo subject of death.

**Key words:** loss, process of mourning, coping, support, psychological help

Nie bój się iść do przodu,  
obawiaj się jedynie stania w miejscu.  
przysłowie chińskie

### 1. Przeżywanie żałoby

Żałoba jest naturalnym adaptacyjnym procesem psychicznym, odnoszącym się do każdego zdarzenia, w wyniku którego jednostka ponosi stratę kogoś lub czegoś dla niej ważnego (por. MULLAN i in., 2003, STROEBE i in., 2005). Definicja ta zawiera w sobie trzy kluczowe elementy, jakimi są proces, strata oraz jej wartość. Aby zrozumieć istotę żałoby, należy owe trzy elementy analizować niejako od końca. Jeśli „ktoś” lub „coś” było dla „kogoś” ważne, to w momencie straty „tego” reaguje on na poziomie psychicznym, somatycznym i społecznym, a czas adaptacji do straty, związany z szeroko rozumianą biopsychospołeczną reorganizacją, doświadczany jest jako zmieniający się w czasie proces. Warto podkreślić, że żałoba odnosi się nie tylko do straty rozumianej jako śmierć osoby bliskiej (choć w istocie najczęściej jest tak pojmowana), ale może także

odnosić się do straty wszystkiego, co w subiektywnym wymiarze stanowiło dla kogoś wartość. W tym kontekście zerwanie wieloletniej przyjaźni, trwała utrata pełnosprawności, utrata dorobku życia w wyniku pożaru czy opuszczenie kraju związane z przymusową emigracją to także przykłady zdarzeń, które mogą wymagać okresu adaptacji do straty, a zatem przeżycia żałoby.

Żałoba jest złożonym procesem, obejmującym sferę psychiczną, somatyczną i społeczną jednostki i choć spełnia prawie wszystkie kryteria choroby, nie jest chorobą, ale naturalną reakcją na stratę (BADURA-MADEJ, 1993). Odpowiedź jednostki na utratę odbywa się jednocześnie w trzech obszarach: psychicznym, somatycznym i społecznym (por. HUGES, 1995; MULLAN i in., 2003; STROEBE i in., 2005). Obszar psychiczny wypełnia smutek, tęsknota, złość, niepokój, kłopoty ze snem, problemy z pamięcią, spowolnienie myślenia itp.; obszar somatyczny zdominowany jest przez bóle psychosomatyczne, spadek wagi, utratę apetytu, spłycenie oddechu, ucisk w gardle itp., a obszar społeczny manifestowany jest zależnością, wycofaniem, unikaniem kontaktów społecznych, wzrostem wrażliwości na opinie innych, brakiem zainteresowań itp.

„Reakcja osoby na zmiany wynikające z utraty jest określona przez sposób, w jaki dana osoba tę utratę spostrzega” (OSTROWSKI-THOMAS, 1993: 179). Jednostka musi zaakceptować te zmiany, aby mogła pojawić się progresja w procesie żałoby. Jednak aby stopniowa reorganizacja była możliwa, najpierw konieczne jest uznanie w procesie żałoby samej straty, przyjęcie jej, urealnienie, zgoda na nią (SANDERS, 2001).

Jaki jest zasadniczy cel i sens żałoby? Jest nim przejście od dezorganizacji, którą powoduje strata, do reorganizacji. Owa reorganizacja dotyczy wszystkich trzech wspomnianych obszarów: psychicznego, somatycznego i społecznego. Celem żałoby jest możliwie płynne połączenie dwóch etapów życia: życia sprzed straty z życiem po niej. Ważne jest włączenie doświadczenia straty w naturalny strumień wspomnień (przeszłość) i zaangażowanie się w dalsze satysfakcjonujące życie (przyszłość).

## 2. „Prawidłowy” czas żałoby

W amerykańskiej klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-IV TR (APA, 2000) istniało kryterium wykluczające rozpoznanie epizodu depresyjnego, jeśli prezentowane objawy, choć charakterystyczne dla depresji, trwały mniej niż dwa miesiące po śmierci bliskiej osoby, a zatem stanowiły obraz żałoby. W DSM-IV (APA, 1996) było to określane jako tzw. *wykluczenie żałoby*, *wylączenie żałoby* bądź *wyjątek żałoby* i oznaczało, że nie rozpoznaje się depresji, jeśli prezentowane objawy z jej spektrum wiążą się z przeżywaną stratą. Jeśli

natomiast objawy depresyjne przekraczały okres dwóch miesięcy od momentu straty, wówczas były po prostu diagnozowane jako depresja („sama w sobie”) i poddawane leczeniu farmakologicznemu.

Wspomniany *wyjątek żałoby* został pominięty w DSM-V (APA, 2013a), a czas, kiedy prezentowane objawy depresyjne tłumaczyć może wyłącznie reakcja żałoby, ograniczono do dwóch tygodni. Trwanie objawów depresyjnych ponad ten dwutygodniowy okres powinno obligować klinicystów do rozpoznania epizodu depresyjnego i wdrożenia leczenia. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podaje kilka powodów wprowadzonej zmiany (APA, 2013b).

Pierwszym powodem jest swoista próba zrezygnowania z arbitralnego definiowania okresu żałoby jako trwającego dwa miesiące, jeśli wiadomo powszechnie, że czas jej trwania to najczęściej 1–2 lata.

Po drugie, żałoba jest ogromnym psychospołecznym stresorem, który z bardzo dużym prawdopodobieństwem może wywołać epizod depresyjny u podatnej osoby, na ogół zaczynający się zaraz po stracie, zatem zwlekanie z jego rozpoznaniem może być niebezpieczne dla chorego. Im wcześniej rozpoznany, tym lepsze rokowania co do wyleczenia. Ponadto u osób podatnych na depresję istnieje poważne ryzyko powstania zaburzenia, które można określić jako przewlekłą złożoną żałobę. Warto w tym miejscu nadmienić, że sugestie dotyczące dalszych opracowań diagnostycznych w kierunku niezależnego rozpoznania zaburzenia określanego jako przewlekła żałoba (*persistent complex bereavement disorder*) podawane są jako prognozy w DSM-V (APA, 2013a: 789–792). Niezależnie od prognoz obecnie żałoba o patologicznym przebiegu jest już określana jako tzw. inne zaburzenie związane z określoną traumą lub stresem (*other specified trauma- and stressor-related disorder*) (APA, 2013a: 289).

Po trzecie, depresja związana z żałobą jest bardziej prawdopodobna u osób, które w przeszłości chorowały na to zaburzenie oraz u których w historiach rodzinnych rozpoznawane były epizody depresyjne (zwłaszcza ciężkie). Kiedy zatem podatność na depresję jest uwarunkowana genetycznie i związana z określonymi cechami osobowości lub wzorcami chorób w rodzinie i ryzykiem ich przewlekłości, wówczas objawy depresyjne należy traktować jako wiodące, nawet jeśli związane są z aktualnie przeżywaną żałobą po stracie.

Ostatnim argumentem wysuwany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne jest stwierdzenie, że objawy depresji związane z utratą osoby bliskiej są podatne na takie samo leczenie farmakologiczne i na takie same zabiegi psychospołeczne (np. psychoterapia, grupa wsparcia) jak objawy depresji niezwiązane z żałobą.

Zdaniem Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w odniesieniu do kryteriów dużych zaburzeń depresyjnych szczegółowy opis zastąpił bardziej uproszczone *wykluczenie żałoby* obecne w klasyfikacji DSM-IV, aby pomóc lekarzom w stawianiu diagnoz różnicowych między objawami charakterystycznymi dla żałoby a tymi, które są typowe dla epizodu depresji. Tak więc „choć

większość ludzi przeżywa utratę bliskiej osoby poprzez doświadczanie żałoby bez rozwoju epizodu depresji, dowody nie potwierdzają, aby traktować straty w sposób izolowany, oddzielając utratę bliskiej osoby od innych (powszechnie obecnych) stresorów w zakresie prawdopodobieństwa powstania w ich wyniku epizodu depresji” (APA, 2013b: 5).

Z pewnością sprostanie wymogom i argumentom obowiązującym w klasyfikacji DSM-V wymaga ogromnej wnikliwości ze strony klinicystów. Powstaje jednak zasadnicze pytanie: na ile w diagnozie towarzyszyć im będzie kliniczna wnikliwość, a na ile wyłącznie matematyczna dokładność, wedle której żałoba z objawami ze spektrum depresji, które potrwać dłużej niż dwa tygodnie, będzie po prostu depresją rozumianą *per se*?

### 3. Żałoba jako (nie)naturalny proces

Na uwagę zasługuje fakt, że żałoba powinna być naturalnym procesem adaptacji do straty. Żałoba jako naturalny proces najczęściej jest konsekwencją zaistnienia określonego kryzysu normatywnego w życiu jednostki (śmierć bliskiej osoby). Stanowi swoistą konsekwencję prawa natury, wedle którego narodzenie (związane z radością powitania) i śmierć (kojarzona ze smutkiem pożegnania) są wpisane w życie. Proces żałoby jest naturalną reakcją i związany jest w wielu kulturach z rytuałem pożegnania. Rytuały w życiu człowieka pełnią rolę symbolicznych „przeżyć”. W przypadku procesu żałoby to „przeżycie” związane jest z pożegnaniem dotychczasowego etapu życia (z osobą utraconą) i powitaniem kolejnego etapu (bez osoby utraconej). Pochówek stanowi symboliczną granicę tych życiowych etapów, a dalsza adaptacja do straty jest indywidualnym procesem odnajdywania się w nowej sytuacji tych, którzy pozostali przy życiu.

Manu KEIRSE (2005) porównuje proces żałoby do tańczącej procesji ku czci św. Willibrorda, która każdego roku odbywa się w luksemburskim mieście Echternach. Jest ona wymowną metaforą żałoby. Otóż ludzie poruszają się w tej procesji w charakterystyczny sposób: idą w kilkusobowych szeregach, trzymając się za ręce za pośrednictwem białych chust oraz robiąc dwa kroki w przód i jeden w tył. Ta parabola wskazuje na trzy ważne elementy żałoby: świadomość ciągłego poruszania się do przodu mimo momentów przestoju (dwa kroki w przód jeden w tył); świadomość, że mimo samotności można zwrócić się o pomoc do innych (trzymanie się za ręce za pomocą chust), oraz świadomość, że ten proces ma swój koniec (tak jak ta procesja kiedyś się kończy).

Powyższa metafora pokazuje wyraźnie, że czynnikiem mającym ogromne znaczenie w procesie żałoby jest naturalna sieć wsparcia. Naturalna sieć wsparcia powinna zaktywizować się w momentach kryzysowych, a zatem być

funkcjonalnym źródłem pomocy. Niemniej nawet świadomość potencjalnego istnienia takiej sieci jest wspierająca, gdyż zaspokaja potrzebę bezpieczeństwa i przynależności. Sieć wsparcia definiowana jest jako „grupa osób utrzymująca stałe i niezmiennie znaczenie w życiu jednostki poprzez zaspokajanie jej specyficznie ludzkich potrzeb” (MAZURKIEWICZ, 1997: 162).

Radzenie sobie ze śmiercią bliskich od wieków wpisane było w mądrość pokoleń, a siła naturalnego wsparcia stanowiła miarę owego radzenia. Każda kultura ma wypracowane odpowiednie rytuały pożegnania zmarłych i towarzyszenia tym, którzy przeżywają żałobę.

Warto zauważyć, iż narastające zjawisko medykalizacji (kolonizowania przez medycynę różnych dziedzin życia społecznego nieprzynależnych medycynie) powoduje, iż proces żałoby jest coraz bardziej pozbawiany swojego naturalnego wymiaru. Przytaczana wcześniej amerykańska klasyfikacja zaburzeń psychicznych DSM-V (APA, 2013a) uznaje, że czas przynależny wyłącznie żałobie powinien zamknąć się w okresie dwóch tygodni. Wcześniejsza wersja wspomnianej klasyfikacji mówiła o dwóch miesiącach (APA, 1996). Jeszcze wcześniejsza DSM-III (APA, 1980) podawała rok jako czas typowy dla żałoby. Na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci można zatem zaobserwować zjawisko „skracania” czasu przewidzianego na tzw. typową, normalną żałobę.

Warto zauważyć, iż w przyszłości proces żałoby może zostać pozbawiony swojego naturalnego wymiaru, bo jeśli reakcja żałoby wydłuży się poza okres wyznaczony standardami medycznymi, będzie traktowana jako nieprawidłowość i poddawana leczeniu. Paradoks tego leczenia polegać może na tym, iż farmakologicznie tłumione będzie to, co w procesie żałoby w sposób naturalny powinno zostać odreagowywane, a zatem dopuszczone, przeżyte, zasocjowane. Także wartość naturalnego wsparcia społecznego może zostać poważnie osłabiona, bo jeśli coś nazwane zostanie chorobą, społeczeństwo prawdopodobnie wycofa się z pomocy w przekonaniu, iż jest niekompetentne w jej udzieleniu.

Dodatkowym zagrożeniem dla naturalnego przeżywania procesu żałoby może okazać się narastające powszechnie zjawisko dysocjacji rozumianej jako sposób radzenia sobie z trudnymi emocjami, polegający na ich unikaniu (por. MATECKA, WYCISK, 2003). Obowiązujący kult młodości, piękna, sukcesu i bogactwa sprawia, że śmierć i związane z nią trudne emocje są wypierane z powszechnej świadomości. Śmierć i przeżywanie żałoby po stracie zdają się nie pasować do tego świata. Śmierć i żałoba powoli stają się tematem tabu, co potęguje skalę osamotnienia osieroconej jednostki (por. SIKORA, 2008).

Pośrednim przejawem powyższego może być obserwowane na przestrzeni ostatnich lat wyraźne zubożenie rytuałów pożegnania (brak czuwania przy zmarłym, brak konduktów pogrzebowych na ulicach, prośba o nieskładanie kondolencji, towarzyszenie zmarłemu tylko do momentu kremacji, bez czynnego uczestnictwa w samym pochówku itp.).



## 4. Od linearnej progresji do oscylacji

Strata (każda) potrzebuje uznania i odreagowania; uznania, czyli zgody na to, co się stało, i odreagowania, czyli przeżycia tego, co się stało, emocjonalnego (i nie tylko) zareagowania na to. Najczęściej mówi się w literaturze o etapowości procesu żałoby (por. KÜBLER-ROSS, 1969; BOWLBY, 1980; SANDERS, 1996; NOLEN-HOEKSENA, LARSON, 1999). Każdy z etapów ma swoje typowe emocje i zachowania.

Warto w tym miejscu przytoczyć propozycję etapowości żałoby według Catherine M. SANDERS (2001). Autorka ta wyróżnia pięć faz procesu żałoby:

- faza szoku (zaprzeczenie, niedowierzanie, wewnętrzny chaos w myślach i emocjach) — funkcja fazy: ochronna, izolująca od bólu;
- faza uświadamiania sobie straty (dominuje lęk i niepokój wywołany stratą, problemy ze snem, zwiększona podatność na zranienie, nadwrażliwość, konflikty emocjonalne i interpersonalne, gniew vs poczucie winy) — to wszystko wyczerpuje psychikę i ciało, które (w swym zmęczeniu) „zapraszają” do przeżycia kolejnej ważnej fazy;
- faza chronienia siebie / wycofania się — zmęczona psychika i ciało potrzebują naturalnego wycofania się, rozpacz, następuje osłabienie systemu odpornościowego, naturalne zmęczenie, rozpoczyna się prawdziwe spotkanie ze smutkiem i żalem, pojawia się potrzeba samotności, stronięcia od ludzi, a płacz (o różnym nasileniu!) jest czymś naturalnym; faza ta jest okresem głębokiej prawdziwej rozpacz, może przypominać depresję, ale depresją nie jest; faza ta przypomina koniec swoistej „walki”, którą wyznaczały dwie pierwsze fazy (a po każdej walce przychodzi naturalne zmęczenie); dopiero w chwili, kiedy jednostka odreaguje, odpocznie, możliwe staje się przejście do kolejnej fazy;
- faza powracania do zdrowia (odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z dawnych ról, podejmowanie nowych, tworzenie nowej tożsamości, przebaczenie i zapominanie, poszukiwanie znaczenia, zbliznianie się rany po stracie);
- faza odnowy (rozwijanie nowej świadomości siebie, uczenie się życia bez osoby utraconej, aktywny kontakt ze światem, dbałość o własne potrzeby).

Należy podkreślić, że nie istnieje jeden „szablon” właściwej żałoby, jest wiele dróg znalezienia nowego sposobu życia po śmierci osoby bliskiej. Współcześnie coraz bardziej powszechne jest stanowisko, że wydzielanie faz żałoby należy traktować bardziej jako propozycje porządkujące niż szczegółowo i sztywno opisujące przebieg tego procesu. Następuje odejście od linearnej progresji w kierunku oscylacji rozumianej jako tzw. cykle emocjonalne występujące naprzemiennie w przebiegu procesu żałoby i stopniowo wyciszające się (STROEBE, SCHUT, 2001). Dynamikę owej oscylacji dobrze oddaje załączona rycina 1.



Ryc. 1. Oscylacja w przebiegu żałoby

Źródło: praca własna

Założenie o oscylacyjnym przebiegu żałoby otwiera szerszą perspektywę jej rozumienia jako procesu podwójnego, podczas którego ma miejsce jednoczesna koncentracja na utracie i koncentracja na zmianie. Proces ten przebiega „falami”, które mogą być wyzwalane przez różne towarzyszące mu czynniki zewnętrzne. Nasilenie i czas trwania żałoby mogą być bardzo zróżnicowane. Zarówno u jednej osoby, doświadczającej na przestrzeni swojego życia różnych rodzajów utrat, przeżywane przez nią procesy żałoby mogą w swej dynamice różnić się między sobą, jak i różnić się u różnych osób doświadczających tej samej straty. Determinują to różne czynniki, m.in. cechy osobowości, styl przywiązania, predyspozycje genetyczne i podatność osobnicza, wiek i stan zdrowia, duchowość i tożsamość kulturowa, sieć wsparcia i zasoby w tym zakresie, liczba doznanych strat, rodzaj relacji, pokrewieństwo, rodzaj utraty (por. BONANNO, KALTMAN, 2001).

Proces żałoby przebiega „falami” z charakterystyczną oscylacją uwagi „od” i „do” bolesnej rzeczywistości straty (ZISOOK, SHEAR, 2009). Urealnienie straty, przyjęcie jej, swoista akceptacja rzeczywistości, stopniowo wyciszają proces żałoby i uwalniają przestrzeń do wprowadzania koniecznych zmian. Warto podkreślić, że w żałobie nie chodzi tylko o separację od zmarłej osoby (akceptacja straty), ale także o znalezienie nowych, znaczących sposobów kontynuowania z nią relacji (pielęgnowanie pamięci, więź duchowa) (SHUCHTER, ZISOOK, 1988; SHEAR, SHAIR, 2005). Nie będzie to jednak możliwe bez wcześniejszego zaakceptowania samego faktu straty, jej realności. Nie można bowiem pielęgnować pamięci o kimś, jeśli najpierw nie zostanie zaakceptowane to, że już go nie ma i nigdy nie będzie.

## 5. „Powikłana” żałoba

Nie ma prostego i jednoznacznego rozumienia tego, czym jest „typowa” czy też „niepowikłana” żałoba. Proces ten jest odmienny dla każdej osoby i każdego rodzaju utraty i powinien być rozpatrywany bardzo indywidualnie.



Charakterystyczne jest to, że osoby doświadczające „nietypowej” i „powikłanej” żałoby mają wyraźne trudności z zaakceptowaniem straty osoby bliskiej — po prostu nie godzą się z jej śmiercią, nie przyjmują tej rzeczywistości. Osoby te „znajdują się w błędnym kole intensywnego pragnienia powrotu zmarłego i tęsknoty za nim, które staje się centrum ich życia, mimo że towarzyszy temu nieuchronny smutek, frustracja i lęk” (ZISOOK, SHEAR, 2009: 69).

Osoby przeżywające żałobę „powikłaną” mogą uważać, że ich życie się skończyło, a intensywny ból, który im towarzyszy, nigdy nie ustąpi. Wiele z nich może nie chcieć, aby ich żałoba dobiegła końca, gdyż tkwią w przekonaniu, że jest ona wszystkim, co im pozostało z relacji z ukochaną osobą. Może towarzyszyć im myślenie, że ciesząc się życiem, zdradzaliby zmarłego. Zachowania nieadaptacyjne może charakteryzować z jednej strony przesadne zaangażowanie w czynności związane ze zmarłym, a z drugiej nadmierne ich unikanie. Zaabsorbowanie postacią zmarłego może mieć postać oddawania się marzeniom, częstego czuwania przy grobie zmarłego czy porządkowania jego rzeczy. Równocześnie osoba osierocona może unikać zajęć i sytuacji przypominających o śmierci bliskiego czy o dobrych chwilach z nim spędzonych. Osoby doświadczające powikłanej żałoby często czują się odseparowane także od tych osób, z którymi wcześniej były blisko. Całe opisywane spektrum zachowań skoncentrowane jest wokół nadrzędnej ich przyczyny, jaką jest brak urealnienia straty, przyjęcia jej, zaakceptowania, zgody na nią (por. ZISOOK, SHEAR, 2009).

Proces żałoby zatrzymuje się wówczas na jednym z trzech pierwszych etapów, które podaje Catherine M. SANDERS (2001). Żałoba przechodzi w żałobę niezintegrowaną, gdyż nie ma zgody na stratę (1. faza), nie ma uświadomienia sobie straty (2. faza) lub nie ma przyzwolenia na wycofanie spowodowane wyczerpaniem po uświadomieniu (3. faza). Sytuacja ta przypomina zaszyte rany bez wcześniejszego jej oczyszczenia — im rana głębsza i większa, tym dłużej się oczyszcza i zabliznia.

Istnieje kilka obiektywnych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia „powikłanej” żałoby. Są nimi przede wszystkim duża liczba strat doznanych w krótkim czasie, symbiotyczna relacja z osobą utraconą czy wyjątkowo tragiczne okoliczności jej śmierci (BONANNO, KALTMAN, 2001).

W literaturze przedmiotu wyróżnia się kilka postaci nietypowej żałoby (por. PARKES, 1988; WORDEN, 2003):

- żałoba chroniczna — przedłużająca się w czasie i wyjątkowo intensywna reakcja na śmierć bliskiej osoby;
- żałoba zahamowana — tłumiona, zablokowana, nieprzeżywana w sposób otwarty;
- żałoba opóźniona — ekspresja przeżyć poprzedzona jest okresem zahamowania; po odblokowaniu może przejść w żałobę typową lub chroniczną;
- żałoba wyolbrzymiona — zbyt intensywna, prowadząca do różnego typu zachowań nieprzystosowawczych;

- żałoba maskowana — symptomy psychosomatyczne, trudności interpersonalne czy różne zachowania nieprzystosowawcze, których osoba osierocona absolutnie nie wiąże z faktem przeżywanej straty.

Kiedy jednostka w swej przestrzeni psychicznej blokuje urealnienie straty, wówczas wymaga pomocy. Szacuje się, że ok. 25% osób przeżywających stratę potrzebuje pomocy profesjonalnej (DZIEDZIC, 2005). Podstawowym celem pracy terapeutycznej jest urealnienie straty, akceptacja jej, odreagowanie emocjonalne oraz reorganizacja życia (MAKSELON, 2000).

Najpierw konieczne jest, aby przyjąć do wiadomości, że śmierć danej osoby jest faktem. Słowo *przyjąć* ma tutaj kluczowe znaczenie, chodzi bowiem o zintegrowanie tej trudnej wiadomości na różnych poziomach (poznawczym, emocjonalnym, społecznym, behawioralnym). Mówi się wręcz o „wywołaniu żałoby” (SPIEGEL, 1995, za: DZIEDZIC, 2005: 36). Kolejnym istotnym zadaniem jest odreagowanie emocjonalne, a ostatnim tzw. szansa nowej orientacji, kiedy odkrywany jest dalszy sens życia (por. DZIEDZIC, 2005).

Do podstawowych form pomocy w żałobie „powikłanej” należą: interwencja kryzysowa (zwłaszcza w sytuacji strat nagłych, noszących znamiona traum); grupa wsparcia (zrzeszająca osoby po podobnych utratach) oraz psychoterapia (lecząca odleglejsze skutki utraty, zatrzymujące proces żałoby i prowokujące na nieświadomym poziomie ciągły powrót do tego procesu).

## Podsumowanie

Można przypuszczać, że coraz częściej osoby pogrążone w żałobie będą potrzebowały profesjonalnej pomocy w jej przeżywaniu. Współczesna tendencja do tabuizacji tematyki śmierci, postępująca medykalizacja i komercjalizacja umierania i żałoby, zubożenie jej rytualnego wyrazu oraz dysocjacyjny sposób bycia współczesnego człowieka powodują, że proces żałoby sukcesywnie pozbawiany jest swojego naturalnego wyrazu. Tymczasem jakaś głęboka, pierwotna mądrość zawarta jest w pielęgnowaniu rytuałów związanych ze stratą i w jej wspólnotowym przeżywaniu, pomagająca naturalnie radzić sobie z kryzysem rozstania. Być może mniej lub bardziej świadoma rezygnacja z tej pierwotnej mądrości wpędza współczesnego człowieka w kłopoty, sprawiając, że w kontekście straty osób bliskich będzie on musiał poszukiwać profesjonalnej pomocy częściej niż kiedyś.

## Bibliografia

- APA, ed., 1980: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- APA, ed., 1996: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- APA, ed., 2000: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- APA, ed., 2013a: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- APA, ed., 2013b: *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing.
- BADURA-MADEJ W., red., 1993: *Psychologiczne aspekty śmierci, umierania i żałoby*. Kraków, Ośrodek Interwencji Kryzysowej.
- BONANNO G.A., KALTMAN S., 2001: *The varieties of grief experience*. "Clinical Psychology Review", no. 2, s. 705—734.
- BOWLBY J., 1980: *Attachment and loss: Loss, sadness and depression*. New York, Basic Books.
- DZIEDZIC J., 2005: *Doświadczenie żałoby w kontekście psychologicznym*. W: MAKSELON J., red., *Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne*. Kraków, Wydawnictwo Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej.
- HUGES M., 1995: *Bereavement and suport*. New York, Tylor & Francis.
- KEIRSE M., 2005: *Smutek, strata, żałoba*. Przeł. M. WĘŻOWSKA. Radom, Polwen.
- KÜBLER-ROSS E., 1969: *On death and dying*. New York, Macmillan.
- MAKSELON J., 2000: *Psychologiczne aspekty żałoby*. „Analecta Cracoviensia”, nr 32, s. 19—30.
- MATECKA M., WYCISK J., 2003: *Dysocjacja: różnorodność kontekstów i znaczeń. Próba klaryfikacji*. „Zasopismo Psychologiczne”, nr 9(2), s. 199—206.
- MAZURKIEWICZ M., 1997: *Dylematy podejścia kompetencyjnego w interwencji kryzysowej*. W: KUBACKA-JASIECKA D., JAWOROWSKA-TEUTSCH A., red., *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków, Wydawnictwo ALL.
- MULLAN J.T., SKAFF M.M., PEARTIN L.I., 2003: *Bereavement process: Loss, grief and resolution*. In: CORLESS I., GERMINO B.B., PITTMAN M.A., eds., *Dying, death and bereavement*. New York, Springer, s. 225—246.
- NOLEN-HOEKSENA S., LARSON J., 1999: *Coping with loss*. Mahwah, Lawrence Erlbaum Publishers.
- OSTROWSKI-THOMAS K., 1993: *Żałoba i utrata — pomoc dzieciom w radzeniu sobie*. W: BADURA-MADEJ W., red., *Psychologiczne aspekty śmierci umierania i żałoby*. Kraków, Ośrodek Pomocy i Interwencji Psychologicznej Collegium Medicum UJ.
- PARKES C.M., 1988: *Bereavement as a psychosocial transition: Process of adaptation to change*. „Journal of Social Issues”, no. 44, s. 53—65.
- SANDERS C.M., 1996: *Powrót nadziei*. Przeł. E. KNOLL. Gdańsk, GWP.
- SANDERS C.M., 2001: *Jak przeżyć stratę dziecka*. Przeł. E. KNOLL. Gdańsk, GWP.
- SHEAR K., SHAIR H., 2005: *Attachment, loss, and complicated grief*. „Developmental Psychobiology”, no. 47, s. 253—267.
- SHUCHTER S.R., ZISOOK S., 1988: *Widowhood. The continuing relationship with the dead spouse*. „Bulletin Menninger Clinical”, no. 52, s. 269—279.
- SIKORA S., 2008: *Opowiedzieć śmierć — trzy dotknięcia realnego*. „Dialog”, nr 3, s. 144—151.
- SPIEGEL Y., 1995: *Der Prozess des Trauerns. Analyse und Beratung*. Gutersloh, Kaiser.

- STEUDEN S., JANOWSKI K., red., 2009: *Psychospołeczne konteksty doświadczania straty*. Lublin, KUL.
- STEUDEN S., TUCHOLSKA S., red., 2009: *Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby*. Lublin, KUL.
- STROEBE M.S., SCHUT H., STROEBE W., 2005: *Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration*. “Review of General Psychology”, no. 9, s. 48—66.
- STROEBE M.S., SCHUT H., 2001: *Meaning making in the dual process model of coping with bereavement*. In: NEIMEYER R.A., ed., *Meaning reconstruction and the experience loss*. Washington, D.C., American Psychological Association.
- WORDEN W., 2003: *Death of parent. Transition to a new adult identity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- ZISOOK S., SHEAR K., 2009: *Grief and bereavement: what psychiatrists need to know*. “World Psychiatry”, no. 8, s. 67—74.